

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1882

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Novembre 1882,

PAR J. DELATTRE

Né à Sailly-sur-la-Lys (Pas-de-Calais), le 25 Mars 1860.

ÉTUDE SUR LES KYSTES SPERMATIKUES

Président { M. GUYON,

Juges MM. { BOUCHARDAT, professeur,
 { RECLUS,
 { DIEULAFOY, } *agregés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

TOURCOING

ROSOOR-DELATTRE, IMPRIMEUR, GRANDE-PLACE, 31.

1882.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen.	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générale	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Pathologie chirurgicale	{ GUYON.
	{ DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	{ SÉE (G.)
	{ LASEGUE.
	{ HARDY.
	{ POTAIN.
	{ PARROT.
Maladies des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies siphylitiques	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses	{ RICHEL.
	{ GOSSELIN.
Clinique chirurgicale	{ VERNEUIL.
	{ TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques	JOFFROY.	RAYMOND.	
	BOCQUILLON.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

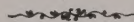
DE

MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A M. LOISON, *mon Oncle et Tuteur*

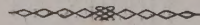
A MES PARENTS ET AMIS



A MES MAÎTRES

DE LA

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE.



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. GUYON



ÉTUDE

SUR LES

KYSTES SPERMATIKUES

PRÉFACE

Le kyste spermatique est une des affections du testicule que l'on rencontre le moins fréquemment. Les journaux de chirurgie n'en rapportent chaque année que de rares observations, et les chirurgiens des hôpitaux trouvent bien rarement aussi l'occasion d'en faire le sujet de leurs démonstrations cliniques.

Le hasard nous ayant mis sous les yeux trois cas intéressants de cette maladie, nous avons été amené à l'étudier d'une façon toute particulière, et nous nous sommes ainsi décidé à la prendre pour sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir composé un travail original.

Aux points de vue anatomo-pathologique et pathogénique, tout a été dit. Toutes les opinions ont été émises et défendues sans qu'aucune pût jamais être appuyée sur une preuve irréfutable.

Nous nous contenterons de résumer sur ces points les prin-

cipales études qui ont été faites jusqu'à présent, et d'exposer les diverses théories que les savants ont créées pour expliquer le mécanisme de cette singulière affection.

Au point de vue clinique, nous essaierons de faire ressortir quelques points de symptomatologie et de diagnostic, en nous appuyant sur les cas que nous avons observés et aussi sur quelques faits intéressants que nous avons relevés en parcourant les publications périodiques.

Nous avons cru bon de faire précéder ce travail d'un chapitre-introduction sur les tumeurs séreuses des bourses. C'est, qu'en effet, la question du diagnostic étant sans contredit la plus pratique et non la moins difficile de la maladie que nous étudions, il nous a semblé utile d'esquisser en traits brefs et généraux les caractères propres à chacune des tumeurs que le chirurgien pourrait confondre avec le kyste spermatique.

CHAPITRE I.

Considérations générales sur les tumeurs séreuses des bourses

On donne le nom de tumeur liquide des bourses à tout épanchement de sang ou de sérosité ayant pour siège une partie quelconque de cette région.

Nous éliminerons immédiatement la catégorie des tumeurs sanguines qui n'a aucun rapport avec notre sujet et qui serait de nature à nous entraîner trop loin. Ces sortes de tumeurs ont d'ailleurs généralement des caractères assez tranchés soit dans leur étiologie, soit dans leur symptomatologie et dans leur marche pour n'être pas l'objet d'une erreur de diagnostic, du moins avec la maladie qui nous occupe.

Nous traiterons seulement des tumeurs séreuses proprement dites et nous les classerons d'après le siège de l'épanchement.

1° Le liquide peut occuper la cavité vaginale et l'on a alors affaire à la plus ordinaire des tumeurs séreuses des bourses, *l'hydrocèle vaginale simple*.

2° Le liquide peut occuper le cordon spermatique ; il s'agit alors de *l'hydrocèle du cordon*, laquelle comprend deux variétés, selon que le liquide est enkysté, ou infiltré dans le tissu cellulaire.

3° Enfin, le liquide peut se trouver enkysté dans une poche de nouvelle formation, adhérente à la glande elle-même, ce qui constitue *les kystes du testicule ou de l'épididyme*.

Certains de ces kystes contiennent des spermatozoïdes; ils forment une classe particulière et sont désignés sous le nom de *kystes spermatiques* ou *hydrocèles enkystées de l'épididyme*.

I. Hydrocèle vaginale simple.

L'hydrocèle vaginale simple, ou épanchement chronique de la vaginale, ne se rattache ordinairement à aucun fait étiologique assez saillant pour être remarqué par le malade. — La transsudation séreuse se fait insensiblement, jusqu'au moment où elle gêne mécaniquement le malade qui peut longtemps ne pas s'apercevoir d'un changement dans l'état de ses bourses. Cette particularité est très importante à noter dans le cas qui nous occupe, car elle constitue un élément de diagnostic d'une certaine valeur, ainsi que nous le verrons plus tard.

L'hydrocèle vaginale est celle de toutes les tumeurs séreuses des bourses qui peut atteindre le plus grand volume. — Elle est généralement pyriforme à grosse extrémité inférieure; son extrémité supérieure s'effile et semble remonter par l'anneau externe du canal inguinal. — Sa surface, le plus souvent uniforme, est parfois bosselée, ce que l'on explique par l'exis-

tence de *diverticula* de la séreuse, remplis par le liquide. Le scrotum est lisse, non oedématié, mobile sur les autres feuillets des bourses.

Cette tumeur se développe lentement et toujours de *bas en haut*.

Les caractères principaux qu'elle offre à l'examen, sont la transparence et la fluctuation. La transparence peut être très obscure ou même faire totalement défaut, par suite d'une trop grande épaisseur des parois, ce qui n'arrive jamais dans le cas de kyste spermatique.

Enfin, la situation du testicule dans l'hydrocèle vaginale est très importante à noter à notre point de vue particulier, comme suffisant le plus souvent à éclairer un diagnostic douteux. — Lorsque l'épanchement s'effectue, la cavité vaginale se remplit uniformément, et le testicule se trouve entièrement plongé dans la masse liquide qui l'enveloppe de toutes parts. En outre, le testicule conserve sa situation relative dans les enveloppes scrotales, par suite d'une adhérence intime entre les deux feuillets de la séreuse en un point situé en bas et en arrière du scrotum. C'est là qu'il faut à *priori* chercher la glande dans le cas d'hydrocèle, et on la trouvera toujours en cet endroit, sauf dans le cas exceptionnel d'*inversion testiculaire*.

On verra plus loin qu'il en est tout autrement dans le cas de kyste spermatique.

II. Hydrocèle du cordon spermatique.

1° Hydrocèle diffuse.

L'hydrocèle diffuse du cordon spermatique, étant une affection extrêmement rare, nous ne nous y arrêterons pas. Elle est constituée par une infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire que l'on trouve sous la tunique fibreuse commune. — Cette tumeur n'atteint jamais de dimensions considérables.

Dans le cas d'hydrocèle diffuse on sent à la place du

cordon une tumeur cylindrique, de consistance à peine fluctuante, presque pâteuse, et remontant souvent dans le canal inguinal. La forme, la consistance, et souvent la situation de cette tumeur ne permettent pas de la confondre un instant avec le kyste spermatique.

2° Hydrocèle enkystée du cordon.

Le siège de cette hydrocèle est le même que dans le cas précédent. Les deux tumeurs n'offrent d'autre différence que la diffusion du liquide dans la première, et son enkystement dans la seconde.

Mais ce fait de l'enkystement du liquide donne lieu à d'importantes modifications dans l'appareil symptomatique de l'affection, modifications qui ont un grand intérêt dans le cas qui nous occupe.

On conçoit, en effet, que cet épanchement ainsi enkysté dans le tissu cellulaire du cordon, souvent à une faible distance de la glande, présentant une forme ovoïde et la consistance particulière aux tumeurs séreuses, offre de grands rapports avec l'hydrocèle spermatique. — Cela est si vrai que le diagnostic est parfois impossible avant la ponction.

Curling prétend que le kyste du cordon est toujours isolable du testicule, tandis que le kyste épидидymaire ne l'est jamais. Mais cette assertion est sujette à caution, et dans la pratique, il s'est rencontré des cas fréquents où l'hydrocèle enkystée du cordon paraissait faire corps absolument avec la glande.

Une autre particularité très intéressante est que ces kystes du cordon renferment parfois des spermatozoïdes.

M. Giraldès, s'emparant de ce fait, et s'appuyant d'autre part sur une découverte anatomique que lui-même avait faite, prétendit que l'hydrocèle enkystée du cordon ne différerait pas de l'hydrocèle enkystée de l'épididyme, comme ayant toujours pour siège un *diverticulum* des tubes excréteurs du testicule.

Cette théorie semble trop exclusive, et bien qu'elle ait de grandes apparences de vérité dans le cas de kystes du cordon à spermatozoïdes, il n'en est pas moins vraisemblable que les kystes purement séreux occupent le siège que leur assignait l'ancienne théorie, c'est à dire des parties non oblitérées du canal vagino-péritonéal.

III. Kystes de l'épididyme et du testicule.

On rencontre autour du testicule et de l'épididyme, entre le feuillet viscéral de la séreuse et la tunique propre de la glande des productions kystiques, très variables quant à l'aspect extérieur, la forme et le contenu, sinon quant à l'étiologie et à la pathogénie essentielle. On les désigne généralement sous le nom de kystes de l'épididyme et du testicule.

Ces kystes sont divisés par M. Gosselin en petits et grands kystes comme nous le verrons plus loin avec plus de détails. Les petits kystes, dont le siège est très variable, ne contiennent jamais de spermatozoïdes. Les grands kystes peuvent en contenir, et constituent alors les kystes spermatiques que nous allons maintenant étudier. Bien que les petits kystes ne renferment que de la sérosité, nous donnerons également leurs caractères dans les chapitres suivants, à cause de l'étroite connexion que certaines théories pathogéniques leur donnent avec les véritables kystes spermatiques.

— On a désigné sous le nom de maladie kystique du testicule une affection qui n'offre point de rapport avec celle que nous étudions. Il s'agit là d'une dégénérescence kystique de parenchyme glandulaire et non d'une production néoplasique siégeant à la surface du testicule.

CHAPITRE II.

Définition et Historique.

Le kyste spermatique, aussi appelé hydrocèle enkystée du testicule, est constitué par une poche de nouvelle formation, située en général sous la tête de l'épididyme, au-dessous du feuillet viscéral de la séreuse, et renfermant au sein d'un liquide particulier des spermatozoïdes vivants ou des débris de spermatozoïdes.

Nous disons que le kyste spermatique est situé *en général* sous la tête de l'épididyme, parce qu'en effet, ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre précédent, on en rencontre parfois dans l'épaisseur même du cordon et à une certaine distance de l'épididyme. M. Laugier en a rapporté un exemple très intéressant, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir dans la suite de cette étude.

Historique. — Le kyste spermatique a été longtemps inconnu comme entité morbide. On le confondait avec d'autres tumeurs liquides des bourses comme l'hydrocèle enkystée du cordon et surtout l'hydrocèle vaginale. Cette confusion s'explique, du reste, très naturellement. L'examen symptomatologique est délicat lorsque la tumeur est arrivée à un certain degré de développement, c'est à dire lorsque généralement elle est mise sous les yeux du praticien. En outre, le traitement à employer étant le même que pour l'hydrocèle vaginale, les suites immédiates et définitives en étant identiques, rien ne pouvait attirer fortement l'attention du chirurgien et lui faire soupçonner qu'il avait sous les yeux une affection entièrement différente de l'hydrocèle commune.

C'est Brodie qui eut le premier l'idée de cette nouvelle maladie, mais il ne la caractérisa que très obscurément, et ses

travaux, publiés en France en 1827, n'eurent pas d'écho dans le monde savant.

En 1840, Velpeau observa dans son service un cas de kyste spermatique qui fut consigné 4 ans plus tard dans la thèse de Letellier. Mais, à cette époque, avaient paru les travaux de Liston et de Lloyd, chirurgiens anglais, à qui appartient réellement l'honneur de la découverte. Ces deux chirurgiens firent leurs observations simultanément et isolément, et en publièrent les résultats en 1843, presque à la même époque.

Liston donna en même temps une théorie pathogénique de la maladie, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

En 1848, M. Gosselin publia, dans les Archives Générales de Médecine, deux mémoires très importants sur le même sujet. Dans ces mémoires, M. Gosselin étudie spécialement l'anatomie pathologique et la pathogénie de la maladie. Bien que sa théorie ne soit plus universellement acceptée, il n'en est pas moins réel que ses recherches firent faire un grand pas à la question, et, en outre, enrichirent la science de découvertes anatomo-pathologiques extrêmement intéressantes.

En 1850, Curling, dans son traité des maladies du testicule, dont M. Gosselin publia la traduction en 1851, donna une étude complète des kystes spermatiques. Sa théorie pathogénique rallie encore actuellement un grand nombre de partisans.

En 1856, M. Marcé résuma dans sa thèse inaugurale tous les travaux antérieurement parus sur l'hydrocèle spermatique, et jeta lui-même un nouveau jour sur la question par ses consciencieuses et fécondes recherches.

En 1858, une discussion qui s'éleva incidemment à la Société de chirurgie sur le même sujet, fournit à M. Verneuil l'occasion d'émettre ses idées personnelles et de faire connaître la théorie qu'il adoptait.

Virchow traite la question dans sa pathologie des tumeurs, publiée en 1863, mais sans donner de théorie originale.

M. Broca, dans son traité des tumeurs, publié en 1869, discute longuement la pathogénie et l'étiologie du kyste spermatique. Il ne donne pas non plus de théorie personnelle, et adopte presque entièrement celle de Curling.

M. Labbé, dans une clinique imprimée en 1876, résume toute la question, passe en revue toutes les théories et fait, d'après ses observations personnelles, un exposé complet des symptômes et de tous les caractères propres à éclairer le diagnostic différentiel.

Enfin, en 1877, M. Bricard fit sa thèse inaugurale sur les kystes spermatiques.

Comme on le voit, cette affection, dont la connaissance est de date relativement récente, a déjà été l'objet d'un bon nombre de travaux. Ses caractères cliniques sont aussi bien connus que possible. Le diagnostic a été rendu facile dans la plupart des cas. Il n'est resté qu'un seul point obscur, celui de la pathogénie et de l'étiologie. Les recherches et les discussions ont pourtant été bien nombreuses, mais, ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant, le problème comporte des solutions multiples, appuyées sur des arguments sérieux, mais dont aucune ne possède un caractère d'évidence absolue.

CHAPITRE III.

Anatomie pathologique et Pathogénie.

On a vu plus haut que le kyste spermatique siège presque toujours sous la tête de l'épididyme entre la tunique albuginée et le feuillet viscéral de la séreuse vaginale.

Nous donnons ici quelques détails anatomiques sur la ré-

gion, nécessaires pour l'intelligence de ce qui va suivre.

On sait que la tête de l'épididyme est constituée par la réunion des vaisseaux efférents et par le commencement du canal épididymaire que forment ces conduits en s'abouchant l'un dans l'autre. La tête de l'épididyme, portion la plus volumineuse de cet organe, est réunie à la partie correspondante du testicule par un tissu cellulaire lâche et susceptible d'une distension considérable. Ce tissu cellulaire qui forme une enveloppe aux vaisseaux efférents, se continue ensuite sur tout le reste de l'épididyme. Sappey le considère comme une extension de la tunique albuginée dont le tissu serré et fibreux deviendrait de plus en plus celluleux à mesure que l'on s'approche du canal déférent. D'après Tillaux, on peut considérer l'épididyme comme enveloppé seulement par la membrane séreuse.

— « Celui-ci (l'épididyme) n'est enveloppé que d'une membrane séreuse... les circonvolutions nombreuses que décrit le tube dont il est formé sont reliées entre elles par une couche celluleuse lâche et abondante, en sorte qu'il peut atteindre en quelques heures un volume considérable, etc. » De même pour les cônes efférents, Tillaux fait remarquer que « tous plongent durant leur trajet au sein d'une couche celluleuse lâche, de telle sorte que pour les découvrir, une fois la tunique vaginale enlevée, il suffit d'écarter le tissu cellulaire avec des pinces. »

Quant au feuillet viscéral de la tunique vaginale, après avoir recouvert la face externe du testicule, il s'enfonce sous l'épididyme au niveau de sa partie moyenne, lui forme une sorte de mésentère, et remonte ensuite le long de sa face inférieure, de son bord externe et enfin sur sa face convexe pour se continuer de là sur le cordon. Mais au niveau de la tête, comme cette partie est unie au testicule, la vaginale ne fait que passer pour

remonter directement sur le cordon.

C'est au sein de ce tissu cellulaire lâche dont sont enveloppés les vaisseaux efférents que siègent les kystes spermatiques à leur début. En se développant ils refoulent en haut l'épididyme, ou s'étendent en dehors ou en dedans, mais plus souvent en dehors, en décollant et distendant insensiblement la séreuse qui les recouvre toujours.

Au point de vue de leur structure, ces productions pathologiques n'offrent rien de bien particulier ; leur paroi est de nature cellulo-fibreuse, serrée et solide, mais n'atteignant jamais une épaisseur bien considérable. Quand on ne peut constater leur transparence, ce qui est très rare, ou que cette constatation est difficile, cela tient plutôt à la nature du liquide qu'à l'opacité de la paroi.

On admet, en outre, que les kystes à spermatozoaires ont toujours leur paroi tapissée d'un épithélium pavimenteux.

Enfin, et ce dernier détail est de la plus grande importance, les dissections les plus délicates ont montré que les kystes spermatiques sont distincts des conduits séminifères. Les injections de toute espèce poussées dans le canal épидидymaire ne pénètrent pas dans sa cavité, sauf tout à fait exceptionnellement.

Ces détails anatomo-pathologiques étant donnés, nous devons maintenant entrer dans l'examen des théories pathogéniques auxquelles ils ont servi de base.

Les théories qui ont pour objet d'expliquer la présence des spermatozoaires dans la cavité du kyste peuvent se ramener à quatre principales.

1° Théorie de Paget. — Cet auteur admet que les spermatozoïdes se forment de toutes pièces dans le kyste entièrement étranger au testicule, qu'ils sont tout simplement sécrétés par les parois de la poche et cela en vertu du voisinage de

la glande, qui aurait ainsi une influence inconnue sur la nature intime des éléments anatomiques du néoplasme.

Cette opinion est généralement repoussée par les savants.

Nous devons pourtant faire remarquer que M. Broca dans son *Traité des tumeurs* lui accorde une certaine importance à l'occasion du fait rapporté par M. Laugier et que nous avons mentionné plus haut. Il s'agit d'un kyste à spermatozoïdes développé dans le voisinage de l'anneau inguinal, très loin par conséquent du hile du testicule. Comment admettre une communication entre ce kyste et les conduits séminifères ? Pour expliquer ce fait extraordinaire, M. Broca est disposé à recourir à la théorie hétérotopique de Paget.

Mais si l'on songe qu'au niveau de la portion sous-inguinale du cordon existe un débris important de l'organe de Wolff, que l'on désigne sous le nom de corps de Giralaldès, n'est-il pas plus simple d'admettre que les canaux dont est formé ce vestige d'organe fœtal, sont ou ont été en communication avec les conduits séminifères, et que les zoospermes ont suivi cette voie pour arriver jusqu'à la cavité du kyste ?

Nous aurons du reste l'occasion de revenir sur cette question.

Les autres théories admettent toutes que le sperme vient des conduits séminifères, elles ne diffèrent que par la manière de concevoir son enkystement.

2^e Théorie de M. Liston.

La théorie de Liston est celle qui se présente tout d'abord à l'esprit. D'après cette hypothèse, la tumeur ne serait qu'une dilatation kystique d'un tube glandulaire. Cette théorie s'appuie sur des arguments d'une grande valeur. — Elle est celle de M. Verneuil qui la soutint publiquement dans une séance de la Société de Chirurgie, en 1858. « On hésite seulement, disait-il, entre ces deux théories, (celle de Liston et celle de M. Gosselin) et l'on ne se décide pas, dit-on, faute de preu-

ves. Il me semble qu'en pareil cas, on fait trop facilement abstraction de l'induction et de la logique. La formation des kystes en général par dilatation latérale des canaux excréteurs et des éléments anatomiques tubuleux est très commune. » M. Verneuil a observé lui-même un grand nombre de kystes en voie de formation sur les circonvolutions du canal déférent d'un chien. Ensuite, après avoir fait remarquer contre la théorie de M. Gosselin que les spermatozoïdes n'existent pas à l'état parfait dans les tubes séminifères, et que la rupture de ceux-ci ne pourrait, par conséquent, les verser à l'extérieur, il ajoute : « Au contraire en admettant la dilatation d'un conduit épидидymaire, on s'expliquerait très bien la présence de ces éléments anatomiques, la dilatation faisant pour eux l'office de réservoir où ils pourraient subir tout à leur aise leur dernier degré de développement. »

Pour M. Duplay, le kyste spermatique n'est aussi que la dilatation anévrysmale d'un tube séminifère par suite d'altération morbide. — Si certains de ces kystes ne contiennent pas de spermatozoïdes, c'est que par suite de leur développement ils se sont insensiblement isolés du canal glandulaire dont ils dépendent.

Il est certain que la théorie de Liston est très-séduisante par sa grande simplicité et aussi par les arguments sérieux qui la soutiennent. Quoi de plus naturel à supposer que sur un conduit malade se forme une poche anévrysmale, renfermant dans un liquide séreux des animalcules spermatiques qui lui sont incessamment fournis par les conduits séminifères avec lesquels elle est en rapport direct? que par suite de la continuation du travail morbide, et aussi de la compression exercée par la tumeur de plus en plus développée, le tube spermatique se ferme et laisse le kyste isolé et indépendant? Le revêtement épithélial de la paroi s'explique parfaitement de cette façon. La

mort des animalcules et leur disparition finale se conçoit de même, en raison de l'isolement de la tumeur. Rien de plus simple et de plus logique et cependant cette théorie si spécieuse est passible de graves objections.

En premier lieu, ainsi que le fait observer Broca, on a trouvé des zoospermes dans des hydrocèles de la tunique vaginale, reconnues telles à l'autopsie. Cette objection est très-sérieuse. La présence des zoospermes dans le liquide d'une hydrocèle simple implique nécessairement la rupture d'un tube séminifère, cela est certain. Or si un conduit glandulaire peut ainsi verser son contenu dans le liquide d'une hydrocèle, pourquoi ne pas admettre qu'il le verse également dans la cavité d'un kyste préexistant ? Cette hypothèse n'est-elle pas plus conforme à cette loi générale de simplicité que suit la nature dans ces processus normaux ou morbides ?

Ensuite quelque soin que l'on apporte à la dissection d'un kyste, on le trouve toujours parfaitement *distinct* des tubes séminifères. Cette objection qui par elle-même serait sans réplique a le seul tort de reposer sur un fait en quelque sorte négatif. Il s'agit là d'une constatation si délicate qu'il n'est pas impossible qu'elle ait échappé aux investigations les plus patientes.

Enfin, étant donné le peu d'activité fonctionnelle de la glande et la tension très-faible du liquide spermatique dans les canaux qui le contiennent, est-il possible qu'une simple altération de la paroi tubulaire amène une dilatation parfois si considérable ? On peut admettre il est vrai qu'une obstruction existe en aval du point dilaté, et que le cours du sperme se trouvant ainsi mécaniquement enrayé, l'afflux continu du liquide produise une dilatation de grandes dimensions. Mais à cela on peut répondre par cette loi générale de physiologie pathologique ; l'oblitération d'un conduit glandulaire produit

rapidement une diminution de l'activité fonctionnelle dans la partie correspondante de la glande. Cette loi a une application d'autant plus naturelle dans le cas qui nous occupe, que l'activité sécrétoire du testicule est très-faible et diminue ou même se supprime fréquemment sous les moindres influences pathologiques.

3° Théorie de M. Gosselin.

M. Gosselin admet deux sortes de kystes qui peuvent se développer sur le testicule et l'épididyme, sous le feuillet viscéral de la séreuse. Les uns n'atteignent que de très-faibles dimensions et ne contiennent pas de zoospermes. M. Gosselin les considère comme des productions presque physiologiques. Il les assimile à ceux que l'on rencontre sur le rein et sur l'ovaire à l'époque où ces organes entrent dans une décadence fonctionnelle. Le pouvoir, le *molimen* sécréteur ne pouvant plus se réaliser comme autrefois par l'entier accomplissement de la fonction, se traduit par la formation de ces productions accidentelles.

Ces petits kystes peuvent siéger un peu partout, mais ils se rencontrent le plus souvent sur la face convexe de l'épididyme.

Quand aux kystes spermatiques qu'il désigne sous le nom de grands kystes, voici comment M. Gosselin explique leur formation. « J'explique la présence des spermatozoaires par la rupture de quelques vaisseaux séminifères ou des conduits efférents, rupture peut-être consécutive à ces oblitérations de la tête de l'épididyme dont j'ai parlé dans mon précédent travail; le sperme trouve une issue au dehors de ses voies naturelles et peu à peu une membrane accidentelle l'environne, l'enkyste et fournit par elle-même un liquide qui s'ajoute au contenu primitif; en même temps le canal ou les canaux rompus, comprimés par le développement de la tumeur, se cicatrisent s'oblitérent de telle sorte qu'il ne reste plus aucune trace

de l'altération primitive. » (Archives gén. de méd. 1848.)

Cette théorie malgré l'autorité de son auteur a été très combattue.

— « Personne n'a constaté, dit M. Verneuil, la formation d'un kyste par rupture d'un conduit séminifère et pour que cette théorie fût acceptable il faudrait supposer une série de conditions bien peu vraisemblables. — Les kystes à spermatozoïdes peuvent acquérir le volume du poing, leur développement est d'ailleurs très-lent. — Il faudrait donc supposer que la déchirure d'un tube séminifère de 1¹/₁₀ de millimètre est restée béante et non cicatrisée deux ou trois ans, que le tube lui-même lésé ne s'est point altéré, et qu'il continue à sécréter le sperme comme avant, et qu'enfin le sperme épanché dans le tissu cellulaire au lieu d'être absorbé ou de déterminer l'inflammation comme cela arrive pour tous les liquides épanchés, s'est creusé une cavité sans paroi de limitation préexistante, etc. »

Il faut ajouter à cela que la paroi des kystes est tapissée d'un épithélium pavimenteux, ce qui n'arrive jamais dans le cas d'enkystement d'un liquide extravasé.

Cette dernière objection n'atteint pas la théorie de Curling, qui du reste a de grands rapports avec celle de M. Gosselin et repose sur la même idée.

4° Théorie de Curling. — Pour Curling, les petits et les grands kystes de M. Gosselin, ont la même origine, la même nature; ils ne diffèrent que par une particularité de développement purement accidentelle. Les grands kystes ont débuté par être de petits kystes. — Un canal séminifère s'est rompu dans leur cavité, et y a versé du sperme dont la présence a été le point de départ d'un développement beaucoup plus considérable.

Comme on le voit, les arguments dirigés contre la théorie de

M. Gosselin peuvent en grande partie s'appliquer à celle de Curling. — Cette dernière a seulement pour elle une plus grande simplicité. — C'est celle qui rallie le plus de partisans.

Elle se trouve du reste complétée par des découvertes anatomiques ultérieures, découvertes qui ont amené à des conclusions pathogéniques très-intéressantes et dont nous devons parler comme se reliant étroitement à notre sujet.

— Etude des organes de Wolff. — Leur importance au point de vue de l'étiologie des kystes spermatiques.

M. Gosselin en 1848, M. Follin en 1850, (Thèse inaugurale) M. Verneuil en 1852 et plus récemment M. Giralès ont étudié aussi complètement que possible les débris du corps de Wolff chez les deux sexes. — Voici en quelques lignes les résultats de leurs recherches, sur les vestiges de cet organe fœtal chez l'homme.

— Il existe chez le fœtus de chaque côté de la colonne vertébrale à peu près sur l'emplacement du rein, un organe pair, connu sous le nom d'organe de Wolff. — La signification de cet organe n'a pas été bien comprise jusqu'à présent. — Il se compose essentiellement d'une série de tubes transversaux, terminés en cul-de-sac en dedans et s'ouvrant au dehors dans un canal excréteur commun. En dedans se trouve un renflement très-petit que l'on considère comme le testicule embryonnaire. — Après quelques semaines de durée, cet organe singulier s'atrophie rapidement. — Chez l'homme les tubes transversaux persistent, réunissant les tubes intra-testiculaires au canal excréteur qui constituera l'épididyme. — Eux mêmes porteront plus tard le nom de vaisseaux efférents. — Quant au reste de l'organe il disparaît plus ou moins complètement mais en laissant de nombreux vestiges, sous forme de petits tubes terminés en cul-de-sac et semés irrégulièrement sur la surface du testicule et surtout de l'épididyme.

Ces débris du corps de Wolff sont maintenant bien connus. — Le premier découvert, comme aussi le plus apparent, est l'appendice testiculaire de Gosselin ou hydatide pédiculée de Morgagni, qui se trouve près de la tête de l'épididyme, sur l'extrémité antéro-supérieure du testicule. Puis vient le *vas aberrans* qui remonte le long du cordon et dont l'extrémité supérieure peut se trouver parfois près de l'anneau inguinal. — Autour de la tête de l'épididyme on rencontre une quantité indéterminée de tubes le plus souvent solitaires, parfois communiquant entre eux par série de deux ou trois, de formes variées, le plus souvent vésiculeux et pelotonnés.

Enfin dans l'épaisseur même du cordon se trouve un organe particulier découvert par Giraldès, et présentant la plus grande analogie avec le corps de Rosen-Müller chez la femme. — Cet organe est composé d'une série de tubes pelotonnés et contournés sur eux-mêmes, terminés par des extrémités renflées.

Tels sont les principaux vestiges généralement décrits de l'organe de Wolff. — Mais le nombre et le siège de ces débris fœtaux peuvent varier beaucoup.

Voyons maintenant les conclusions que l'on a tirées de ces faits anatomiques si intéressants.

Pour M. Verneuil, Broca, et un grand nombre de chirurgiens modernes, ces débris du corps de Wolff sont le siège unique de tous les kystes para-testiculaires et épididymaires, c'est-à-dire des petits et grands kystes de M. Gosselin.

Cette transformation kystique serait dûe tout simplement à un réveil accidentel de l'activité sécrétoire de tubes normalement inertes et sans fonction. Il en résulterait des kystes de petites dimensions et privés de spermatozoïdes, c'est-à-dire les petits kystes de M. Gosselin.

Mais il peut arriver que des tubes spermatiques se rompent et versent leur contenu dans la cavité de ces kystes.

Nous en revenons ici à la théorie de Curling que Broca complète de la façon suivante en se fondant sur les faits que nous venons d'exposer.

Après avoir parlé de la transformation kystique des débris de l'organe de Wolff, il s'exprime ainsi:

« Ces kystes dans l'origine ne diffèrent pas des autres kystes de l'épididyme. Ils ne renferment d'abord que de la sérosité sans zoospermes. Ils se dilatent en refoulant l'épididyme et les conduits efférents qui s'étalent à leur surface et qui rampent dans leurs parois. La pénétration des zoospermes est tout accidentelle. Elle est due à la rupture de l'un des conduits spermatiques et à la formation d'une petite fistule intra-kystique qui reste ouverte pendant quelque temps et qui verse dans la cavité du kyste le sperme qui la traverse. Si la rupture est récente, les zoospermes sont vivants. Si elle est ancienne, l'ouverture peut se cicatriser et on ne trouve plus que des zoospermes morts. La rupture peut être produite soit par une contusion, un simple froissement, soit par une ponction antérieure, soit par la distension croissante des conduits où la pression exercée par la tumeur gêne le passage du sperme; elle a d'autant plus de chance de se produire que le kyste est plus volumineux, et voilà pourquoi les kystes très-petits ne renferment jamais de spermatozoïdes, etc. »

Il est certain que la théorie de Curling ainsi complétée est celle qui satisfait le plus l'esprit et offre le moins de points faibles. Aussi ne faut-il pas s'étonner qu'elle soit aujourd'hui admise par le plus grand nombre des chirurgiens.

En terminant ce chapitre sur la pathogénie des kystes spermatiques, nous devons dire un mot de deux phénomènes très remarquables que l'on a notés assez fréquemment et qui n'ont pas encore reçu d'explication satisfaisante.

Il s'est rencontré des cas où l'examen nécropsique faisait dé-

couvrir de nombreux spermatozoïdes dans des kystes épидидymaires, alors que les conduits séminifères n'en renfermaient point. — Pour expliquer ce fait étrange on doit se contenter de cette supposition que les zoospermes trouvent dans le liquide kystique un milieu plus favorable à leur conservation que dans les canaux sécréteurs de la glande ?

En second lieu, il arrive fréquemment qu'après une ponction qui a vidé la tumeur, le liquide se reproduit, contenant comme autrefois des animalcules spermatiques. Cependant l'on sait que l'on trouve bien rarement une communication entre les cavités kystiques et les conduits séminifères. — Faut-il admettre que les investigations anatomo-pathologiques ont été souvent défectueuses et que la communication existe plus souvent qu'on ne le croit ? — Il est probable aussi que dans la ponction du kyste le trocart va quelquefois ouvrir les canaux séminifères.

CHAPITRE IV.

I. SYMPTOMATOLOGIE.

Le kyste spermatique constitue une tumeur de volume variable. Ses dimensions sont le plus souvent celles d'un œuf de pigeon ou d'un petit œuf de poule. Mais on en rencontre qui renferment jusqu'à 1000 grammes de liquide et qui atteignent le volume des deux poings. Le kyste dont il est parlé dans la première observation en est un exemple.

Cette tumeur est ovoïde lorsqu'elle n'a pas acquis un volume trop considérable. Elle simule alors assez fidèlement un nouveau testicule qui se serait surajouté au premier. C'est ainsi que les malades ont pu parfois se persuader qu'ils possédaient un troisième testicule. Quant à son siège, il est toujours le même, c'est-à-dire que le point d'implantation se trouve sous la

tête de l'épididyme à la partie antérieure de la glande. Son extrémité supérieure peut remonter jusqu'à l'anneau inguinal externe ; mais il est toujours facile en comprimant et refoulant la tumeur de sentir le cordon rouler sous les doigts.

Quand le kyste prend un volume beaucoup plus considérable, sa forme change, et son point d'implantation cesse d'être perceptible. C'est qu'en effet, la tumeur déborde alors le testicule de toutes parts et s'étale sur les deux faces pour remplir toute la cavité vaginale distendue. Le diagnostic avec l'hydrocèle simple serait alors très difficile s'il n'existait d'autres caractères différentiels.

Le kyste spermatique est souvent d'une consistance réniente, c'est-à-dire qu'en le comprimant légèrement, les doigts perçoivent une sensation d'élasticité molle et dépressible. — En bien des cas pourtant la fluctuation est nette bien que moindre que celle de l'hydrocèle simple.

La transparence se constate très facilement quoi qu'on en ait dit, les parois étant généralement peu épaisses et la lactescence du liquide n'étant jamais assez considérable pour produire un degré notable d'opacité.

Les douleurs spontanées sont le plus souvent presque nulles, et se réduisent à une simple sensation de pesanteur et de tiraillement plus ou moins pénible, qui remonte assez haut dans la région du cordon. Cependant on a remarqué que le kyste spermatique est plus souvent douloureux que l'hydrocèle simple sans qu'on puisse donner d'explication de ce fait singulier.

Les douleurs provoquées sont nulles, et l'on peut comprimer et froisser la tumeur sans produire aucune sensation pénible.

Le liquide obtenu par la ponction est caractéristique par son opalescence plus ou moins accentuée. L'examen microscopique

pique y fait découvrir des spermatozoïdes vivants ou morts ou des débris de spermatozoïdes. Lorsque le kyste est ancien, on peut ne plus découvrir aucun vestige des animalcules spermatiques, mais même en ce cas, l'aspect particulier du liquide est par lui-même souvent assez caractéristique pour éclairer le diagnostic.

— Ce liquide contient en général une grande quantité d'albumine, que l'on reconnaît immédiatement en y versant quelques gouttes d'acide azotique. Il renferme en outre des acides gras et souvent de nombreux cristaux de cholestérine. Du reste, l'analyse chimique exacte est encore à faire.

A propos d'un cas particulier consigné dans les mémoires de la société de Biologie, M. Liégeois nie que l'opalescence du liquide soit un fait constant et puisse par conséquent servir de caractère distinctif. Il distingue les kystes spermatiques en albumineux et non albumineux. Ces derniers seraient absolument transparents.

Cette assertion est contraire à l'opinion de M. Marcé, laquelle est fondée sur de nombreuses observations.

II. DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des kystes spermatiques s'appuie tout à la fois sur les commémoratifs fournis par le malade et sur l'examen de la tumeur par le chirurgien.

Lorsque le malade est d'une intelligence suffisante et s'est aperçu assez tôt de son affection, les renseignements qu'il fournit sont très-précieux et peuvent en certains cas suffire à motiver le diagnostic.

Interrogé sur la manière dont la tumeur a débuté, le malade répondra parfois qu'il l'ignore, qu'il ne se souvient d'aucune circonstance qui puisse avoir donné lieu à son affection et que la maladie *est venue toute seule*.

En d'autres cas, et peut-être dans la plupart des cas, il rap-

portera qu'à la suite d'un effort, d'une contusion, d'une compression de quelque violence enfin exercée sur les bourses, il a ressenti une douleur plus ou moins vive et souvent de peu de durée; que plus ou moins longtemps après, il a constaté sur le haut du testicule une grosseur qui a acquis peu à peu un volume plus considérable, sans que du reste sa santé générale en souffrit le moins du monde, et sans qu'il en éprouvât de douleurs bien pénibles.

Les observations 1, 3, 4 sont des exemples de ce mode de début.

Lorsque le malade peut fournir des commémoratifs aussi précis, le diagnostic est à moitié fait, et il est rare que l'on se trompe, en déclarant dès ce moment qu'il s'agit probablement d'un kyste spermatique. Si la tumeur a déjà été ponctionnée et que le malade puisse fournir des renseignements sur l'aspect que le liquide présentait, s'il dit que ce liquide était blanchâtre et *« comme de l'eau mêlée à un peu de lait »*, cela suffit encore pour éveiller fortement l'attention du chirurgien et le mettre sur le chemin du diagnostic.

L'examen direct de la tumeur fournit pourtant en général les plus sûrs, et souvent les seuls moyens de diagnostic.

Lorsque le kyste n'est pas trop considérable, les caractères distinctifs sont d'une grande netteté. Ces caractères se tirent 1^o du siège de la tumeur et de ses rapports avec le testicule. Nous savons que dans l'hydrocèle le testicule qui se trouve toujours en bas et en arrière, est entièrement plongé dans le liquide. Dans le cas de kyste spermatique, au contraire, la glande se trouve directement au-dessous et sans aucune interposition de liquide entre ses faces et les parois scrotales. — Ce signe bien constaté est pathognomonique. — On verra dans les observations qui suivent qu'il est souvent le signe principal. — 2^o de la forme de la tumeur, qui est ovoïde et

presque identique à celle du testicule. — 3° de la consistance de la tumeur. — Le kyste spermatique donne une sensation de fluctuation et souvent aussi d'une rénitence bien accentuée. — La consistance de la tumeur est en général plus ferme que celle de l'hydrocèle simple. — L'observation 5 donne un exemple bien curieux de cette particularité. — 4° de la transparence de la tumeur qui se constate d'ordinaire très facilement et de la même manière que pour l'hydrocèle.

Ces signes suffisent le plus souvent. — Aucune tumeur ne peut en effet les présenter réunis, sauf l'hydrocèle enkystée du cordon, si rare d'ailleurs que l'on n'y songe guère. — D'ailleurs, d'après M. Gosselin, il serait possible de constater par un palper délicat l'indépendance de l'hydrocèle enkystée d'avec le testicule, indépendance qui n'existe pas pour le kyste spermatique, lequel est implanté sur la tête de l'épididyme.

Lorsque le volume du kyste est beaucoup plus considérable, le diagnostic devient très délicat et l'erreur est aisée, comme on en voit un exemple dans l'observation 1. En ce cas, l'attention peut encore être éveillée par la forme particulière de la tumeur, par la situation un peu singulière du testicule et surtout par les renseignements du malade sur le début de la maladie. — Dans le cas rapporté dans la troisième observation, le diagnostic a été ainsi fondé presque exclusivement sur les commémoratifs.

Enfin, il est inutile, de dire, qu'en cas de doute, l'aspect du liquide obtenu par une ponction est ce qu'il y a de plus caractéristique.

Voici maintenant cinq observations, dont trois nous sont personnelles ; outre l'intérêt qu'elles tirent de la rareté relative de la maladie, nous comptons qu'elles feront suffisamment ressortir les points importants de diagnostic et de symptomatologie dont nous avons parlé dans les chapitres précédents.



OBSERVATION I. (*Personnelle*).

(Service de M. Eustache).

Le 18 août 1879, entre à l'hôpital Ste.-Eugénie (salle St.-Pierre, n.º 8) le nommé Vanh.... Pierre, journalier, âgé de 49 ans, qui est atteint depuis quatre ans d'une tumeur siégeant au niveau des bourses.

D'après les dires du malade, la lésion aurait débuté brusquement, à la suite d'un froissement du testicule gauche qui augmenta de volume et resta douloureux pendant une quinzaine de jours. Au bout de ce temps, la tumeur avait le volume d'un œuf de poule; elle a été en grossissant peu à peu quoiqu'avec lenteur et a acquis progressivement le volume des deux poings qu'elle présente aujourd'hui; elle n'est pas douloureuse par elle-même, mais elle occasionne de la gêne et des tiraillements qui ont décidé le malade à venir se faire opérer.

EXAMEN LOCAL. — Les bourses présentent une tuméfaction considérable, beaucoup plus proéminente à gauche qu'à droite. La verge est en partie cachée par suite de la distension de la peau. Du côté droit rien de particulier, si ce n'est que le testicule de volume normal est remonté en haut et appliqué contre l'orifice externe du canal inguinal. Du côté gauche, tumeur ovale du volume des deux poings, à direction à peu près verticale, à grosse extrémité tournée en haut, et remontant jusqu'à la racine de la verge, à petite extrémité dirigée en bas et en arrière. La surface en est lisse et assez dépressible; la fluctuation se perçoit facilement. Par l'examen à la lumière, on constate une semi-transparence assez vague, occupant toute la moitié supérieure presque nulle en bas. Par la palpation faite avec soin, on arrive à reconnaître assez nettement la présence du testicule, situé tout-à-fait en bas et semblant distinct de la poche liquide qui le surmonte, quoique sans ligne de séparation bien nette.

Le diagnostic porté fut celui d'hydrocèle de la tunique vaginale, présentant certaines différences d'avec l'hydrocèle classique, telles que la situation périphérique du testicule, la forme de la tumeur

qui n'était point en poire avec grosse extrémité tournée en bas, et enfin le faible degré de transparence, malgré le volume de la tumeur et la netteté de la fluctuation.

Le lendemain 19, le malade fut conduit à la salle d'opérations et on lui pratiqua l'opération de l'hydrocèle. Une ponction fut faite avec le trocart ordinaire et le liquide évacua. Celui-ci, au lieu d'être citrin, comme dans les hydrocèles ordinaires, était absolument décoloré et ressemblant à de l'eau légèrement louchée en blanc par la présence de nombreux grumeaux blanchâtres, qui à l'examen microscopique, pratiqué aussitôt, furent reconnus pour des amas de cristaux de matières grasses et de spermatozoïdes, très-nombreux, très-agiles et complètement développés. Vers la fin de l'opération, le liquide devint plus épais et plus laiteux. On en sortit ainsi 925 grammes, qui furent envoyés à M. le professeur J. Béchamp pour en faire l'analyse chimique.

Une fois la poche complètement vidée, on fit dans sa cavité une injection avec de l'eau tiède, de façon à la laver aussi complètement que possible, et la débarrasser des grumeaux qui pouvaient encore y séjourner, puis on injecta 500 grammes de la solution iodée journellement employée dans le service (Iode 6 gr. Iodurè de potassium 6 gr. 50. Eau 500 gr.) et on laissa cette solution pendant 6 à 7 minutes, après quoi on l'évacua à son tour; on ferma la piqûre du trocart avec du collodion, et le malade fut reporté à son lit.

Fait important à noter, le malade n'a éprouvé aucune douleur pendant tout le séjour de l'injection iodée, ni au niveau des bourses, ni dans le cordon, ni sur le trajet du canal inguinal.

Diète, application de cataplasmes sur les bourses.

Le lendemain, sensibilité de la région avec léger gonflement et rougeur, pas de fièvre.

Trois jours après, le scrotum était rouge, sensible, et avait repris presque le volume qu'il avait avant l'opération, la fluctuation était de nouveau manifeste.

Peu à peu l'inflammation tomba, et le malade sortait un mois après son opération, le 18 septembre 1879, complètement guéri.

Voici ce que l'on constatait à ce moment.

Le testicule gauche et le cordon correspondant qui avaient été trouvés à peu près doubles de leur volume après l'opération, avaient diminué un peu de volume. Ils présentaient sur leur face latérale externe une autre saillie du volume d'une noix qui n'était autre chose que le restant du kyste spermatique solidement revenu sur lui-même.

OBSERVATION II. (*Personnelle*).

(Service de M. Eustache).

Delcourt Charles, journalier, âgé de 67 ans, entre à l'hôpital Ste-Eugénie (salle Saint-Paul, n° 6), le 7 mai 1881. Ce vieillard de santé robuste, n'a jamais eu de syphilis, ni de blennorrhagie. Il a été marié et a eu trois enfants.

Il y a trois mois, sans cause appréciable, il s'aperçut que son testicule gauche augmentait de volume, sans lui occasionner pourtant de douleurs pénibles, la tumeur augmenta progressivement et arriva peu à peu au volume qu'elle présente aujourd'hui, c'est-à-dire à peu près la grosseur du poing.

A l'examen, on reconnaît que la tumeur de la bourse gauche est inégale; il existe en avant une première saillie assez dure, douloureuse à la pression, qui est manifestement formée par le testicule gauche légèrement hypertrophié. Cette saillie est surmontée en haut et un peu en arrière d'une autre tumeur plus volumineuse, assez dure et fluctuante, de surface bosselée, qui correspond à l'épididyme et dont la pression est indolore ou à peine sensible, comparée à la pression exercée sur le testicule. En saisissant cette tumeur à sa base, près de la rainure qui la sépare du testicule auquel elle est du reste adhérente, et en plaçant une lumière d'un côté pendant qu'on examine de l'autre, on note une transparence sensible.

Du côté droit, le testicule est remonté près de l'orifice inguinal externe et simule au premier aspect une hernie; mais il est facile de

le refouler en bas du côté du scrotum et de constater en même temps qu'il n'y a de ce côté aucune pointe de hernie.

Le diagnostic était donc très-facile. Une cavité close, renfermant du liquide transparent, assez nettement isolable du testicule et correspondant à l'épididyme : ce ne pouvait être qu'un kyste de ce dernier organe.

Vu l'âge du sujet, et l'état stationnaire de la tumeur depuis quelque temps M. Eustache se contenta de pratiquer une ponction aspiratrice avec l'appareil de Potain (Canule n° 2). On évacua ainsi 100 grammes d'un liquide lactescent, à la surface duquel nageaient quelques gouttelettes de matière grasse.

La piqûre fut refermée aussitôt avec de petites bandelettes de tarlatane imbibées de collodion, et toute la surface des bourses fut également badigeonnée avec du collodion, afin d'amener le resserrement des parties, et d'exercer une compression soutenue sur la poche vidée. Le malade n'éprouva presque aucune douleur, ni pendant, ni après l'opération.

Six jours après, le liquide s'était reproduit à moitié, mais le malade se sentant soulagé, et ne voulant pas consentir à une autre intervention quitta l'hôpital le lendemain 30 Mai.

Le liquide, examiné au microscope, renfermait de nombreux cristaux de cholestérine, et une foule de spermatozoïdes, les uns complètement développés, avec une très-longue queue et doués de mouvements très-vifs, les autres de développement moindre et absolument inertes. Le lendemain tous les spermatozoïdes étaient morts.

M. Joseph Béchanp a analysé le liquide de ce kyste spermatique au point de vue de la quantité et de la qualité de l'albumine qu'il contenait. Il a bien voulu nous communiquer une petite note à ce sujet.

Le liquide est précipité par l'alcool. — Repris par l'eau il entre presque entièrement en solution.

La matière a un pouvoir rotatoire de $[\alpha] = 72,8$

Cette matière albuminoïde est coagulable par la chaleur.

Les 120^{es} de liquide qui ont servi à l'analyse contenaient 0 g. 237 de matières albuminoïde.

OBSERVATION III. (*Personnelle*).

(Service de M. Eustache)

Fleury Rousselle, âgé de 61 ans, journalier, entre à l'hôpital Ste-Eugénie le 12 Mai 1881 (Salle St-Pierre n^o 21) pour une tumeur des bourses dont le début remonte, assure-t-il, à 7 ou 8 ans. Il a joui et jouit encore d'une excellente santé.

La tumeur pour laquelle il vient à l'hôpital s'est développée d'une façon lente et progressive, et sans amener de douleurs spéciales. Le malade s'en aperçut il y a plusieurs années alors qu'il soignait sa cinquième blennorrhagie. Il déclare qu'à cette époque la tumeur était parfaitement distincte du testicule et qu'on lui avait même dit qu'il avait trois testicules. Ce n'est que plus tard, quand la grosseur était devenue plus considérable, qu'elle s'était confondue avec la glande.

Depuis cette époque, la tumeur a augmenté peu à peu et a acquis le volume des deux poings que nous lui voyons aujourd'hui. Depuis quelques mois, elle paraît être stationnaire, mais le malade éprouve des douleurs sourdes du côté des lombes, avec une sorte de tiraillement continu qui lui rend la fatigue et même la station debout assez pénibles. Jamais pourtant il n'a accusé de douleurs au niveau même des bourses.

La lésion siège exclusivement à droite; par suite de la distention de la peau, le pénis est diminué de longueur (en apparence) et le gland seul est distinct. A l'examen, on reconnaît que la bourse droite est énormément distendue, lisse et fluctuante, elle a une forme régulièrement oblongue, à grand diamètre légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans. L'extrémité supérieure de la tumeur nettement arrondie, est séparée de l'anneau inguinal externe par une dépression, une rainure très-nette.

A la partie inférieure et postérieure, on reconnaît comme appliquée à sa surface, une petite saillie rénitente, au niveau de laquelle la pression détermine une douleur spéciale qui ne permet pas de méconnaître sa nature; c'est le testicule gauche qui se trouve situé en dehors de la tumeur principale exactement appliquée à sa surface. La transparence est nette vers les 2/3 supérieurs, nulle au tiers inférieur où se trouve le testicule.

L'attention du chef de service ayant été éveillée par le fait précédent qui datait à peine de quelques jours (Obs. 2), et surtout par les dires du malade, diagnostiqua une hydrocèle spermatique, et ce diagnostic fut vérifié par l'opération qui eut lieu quelques jours après.

La ponction amena 400 grammes de liquide blanchâtre, opalin, comme de l'eau dans laquelle on aurait ajouté un peu de lait. A la surface du liquide, nageaient de petites gouttelettes graisseuses.

Au microscope, on découvrit des spermatozoïdes.

Après la ponction et l'évacuation du liquide on injecta la solution classique de teinture d'iode.

Les suites du traitement n'eurent rien de particulier. Le malade sortit guéri, 5 semaines après son opération.

OBSERVATION IV.

(Service de M. Duplay. Hôpital Saint-Louis,
rapportée par le *Progrès Médical*).

Au mois de mars 1876, entre à l'hôpital un jeune homme âgé de 22 ans, porteur d'une tumeur scrotale. Le malade se souvient d'avoir ressenti il y a deux ans une douleur assez vive au niveau du testicule droit. C'était immédiatement après un long trajet en voiture sur un siège étroit partagé avec deux personnes, où il avait subi des secousses multipliées et peut-être aussi un peu de compression de la glande séminale. Les symptômes pénibles se passèrent à la suite d'un traitement approprié.

Un an après, un effort fait pour soulever un fardeau pesant amène une douleur assez vive. Les renseignements fournis permettent de penser qu'un médecin consulté constata l'existence d'une tumeur liquide.

Il y a 15 jours, nouvelle douleur plus vive et gonflement plus accentué.

L'examen des parties malades fournit les renseignements suivants. — Au-dessous des enveloppes scrotales absolument saines, on sent une tumeur qui présente des connexions intimes avec le testicule droit, mais qui n'affecte aucun rapport avec le trajet inguinal.

Cette tumeur présente la forme et le volume d'un petit œuf. — Elle est parfaitement mobile dans les bourses, mais par sa partie inférieure elle fait corps avec le testicule qui en suit tous les mouvements. — La peau glisse sur elle aussi bien que les autres feuillets qui constituent les bourses. — A la pression elle est rénitente et présente un peu de fluctuation. — La tumeur est absolument indolente, soit spontanément soit à la pression et nous savons qu'elle n'a jamais été bien douloureuse depuis son apparition. — Il importe maintenant de préciser plus exactement les rapports de cette tumeur avec le testicule, et de dire quel est l'état de la glande séminale et de l'épididyme.

Tandis que la surface de la tumeur régulière et arrondie est tout-à-fait libre en haut, elle se continue au contraire inférieurement avec le testicule qui lui adhère intimement et se déplace avec elle. — Un examen attentif permet de s'assurer que la glande séminale tout en adhérant par le haut à la tumeur, en reste tout-à-fait distincte et il est facile de constater que le corps de la glande offre ses caractères normaux de consistance et de sensibilité spéciale.

Au-dessous et en avant du testicule existe une masse distincte, dure et très sensible à la pression; c'est l'épididyme enflammé (le malade était en même temps atteint d'épididymite, survenue à la suite d'une blennorrhagie postérieure au début de la tumeur.)

L'examen de la tumeur éloigne toute supposition d'un épanchement vaginal, à cause de l'indépendance presque complète du

testicule et de la tumeur.

Le diagnostic porté est celui du kyste spermatique.

Ce diagnostic est confirmé par l'aspect du liquide obtenu par la ponction.

OBSERVATION V.

(Extraite de la *Gazette des Hôpitaux*. — Mai 75.)

Le nommé L... âgé de 54 ans, entre à l'hôpital St Antoine dans le service de M. B. Anger, en mai 1875, pour se faire traiter d'une tumeur qu'il porte depuis plusieurs années dans la bourse droite. — Depuis trois mois cette tumeur a beaucoup augmenté.

A un premier examen, voici ce que l'on constate. — La bourse droite présente un volume 4 ou 5 fois plus considérable que celle du côté opposé. — Un examen attentif permet de reconnaître que cette augmentation de volume tient à l'existence de tumeurs parfaitement isolables, une supérieure, une inférieure.

La tumeur supérieure est plus tendue, plus dure, et d'une forme globuleuse facile à apprécier. — Elle est moins volumineuse que la saillie inférieure qui est de forme ellipsoïde. Celle-ci est moins tendue et manifestement fluctuante.

Le diagnostic porté fut : kyste spermatique et hydrocèle consécutive.

M. B. Anger était arrivé facilement au diagnostic en établissant que la tumeur supérieure arrondie et globuleuse, correspondait à la partie supérieure de l'épididyme et avait précédé dans son développement la formation de la seconde collection liquide qui était évidemment une hydrocèle de la tunique vaginale développée consécutivement à l'intérieur de la séreuse par le kyste agissant comme corps étranger.

La tumeur présentait dans sa partie inférieure une fluctuation plus évidente qu'à la partie supérieure.

L'hydrocèle fut ponctionnée la première et il en sortit un verre de sérosité citrine. Il devint alors très-facile de circonscrire le kyste et de

déterminer d'une façon précise sa forme arrondie et son point d'implantation sur la tête de l'épididyme. B. Anger sans enlever la canule de la tunique vaginale introduisit de nouveau le trocart et pratiqua une seconde ponction atteignant la paroi du kyste.

Il sortit, comme le chirurgien l'avait annoncé, un verre à liqueur d'un liquide blanchâtre lactescant, bien différent de liquide de l'hydrocèle.

(Détails sur les suites du traitement.)

Cette observation est très-intéressante en ce qu'elle montre sur le même sujet les principaux caractères différentiels de l'hydrocèle vaginale et du kyste spermatique. On y voit un exemple très curieux de ce que nous avons dit sur chacun de ces tumeurs au point de vue du siège, de la forme, de la consistance, de la transparence et aussi des renseignements fournis par le malade.

PRONOSTIC. — Le kyste spermatique est une affection absolument bénigne au point de vue de la santé générale. — Elle est du reste peu douloureuse, et les malades ne se plaignent souvent que d'une gêne plus ou moins pénible.

L'inconvénient le plus sérieux qu'elle puisse présenter est d'altérer le fonctionnement du testicule par la compression qu'elle exerce lorsque son volume devient considérable. Il peut se produire alors comme dans l'hydrocèle simple ce que l'on a désigné sous le nom d'atrophie blanche du testicule.

En outre, ainsi que le fait remarquer M. Gosselin, le kyste en refoulant en haut l'épididyme, peut en dissocier les éléments et produire ainsi des désordres plus ou moins considérables dont le moindre inconvénient est d'altérer le fonctionnement de l'organe.

Traitement.

On a autrefois employé le séton, l'excision etc. — Mais le mode si simple et en même si sûr de traitement par la ponction

et une injection modérément irritante a fait oublier tous ces moyens.

Le manuel opératoire ne diffère pas de celui qui est suivi pour l'hydrocèle simple, sauf en ce qui concerne les précautions à prendre pour ne pas atteindre le testicule avec la pointe du trocart. — On sait que dans le cas de kyste spermatique le testicule se trouve toujours en bas et un peu en arrière. Il est d'ailleurs généralement facile de préciser exactement sa situation, soit par le palper de la tumeur et la pression de la glande qui produit une sensation spéciale et caractéristique, soit par l'exploration au moyen d'une lumière, qui fait découvrir la place du testicule reconnaissable à son entière opacité.

Cela étant donné, on enfonce le trocart à un endroit convenable, le plus souvent en avant et en haut de la tumeur.

Le trocart étant ensuite retiré, le liquide s'écoule par la canule et la tumeur se vide. — Pour la vider complètement, il est nécessaire de comprimer la poche avec les mains.

Il suffit ensuite d'adapter à la canule une seringue contenant le liquide à injecter (le plus souvent, teinture d'iode, mélangée à une égale partie d'eau) et de faire l'injection.

Le liquide est laissé plus ou moins longtemps. — Le kyste spermatique ayant d'ordinaire ses parois moins irritables que la séreuse vaginale, on peut laisser l'action se prolonger un peu plus longtemps que dans le cas d'hydrocèle — (5 ou 6 minutes environ.)

La poche étant vidée, on ferme la blessure avec du colloidion, et des cataplasmes sont appliqués en permanence sur les bourses. — Le repos et une diète légère sont ordonnés au malade.

Deux ou trois jours après, quelquefois moins, l'inflammation se déclare; la poche se remplit de nouveau. — Puis le liquide se résorbe; la poche s'affaisse peu à peu et après un

mois en moyenne, il ne reste de la tumeur qu'un noyau plus ou moins volumineux, d'une dîreté souvent considérable.

Il est à noter que l'injection iodée dans la cavité du kyste ne produit pas autant de douleur que dans la cavité vaginale, en cas d'hydrocèle. — Cela tient sans doute à ce que le kyste est une poche complètement indépendante et isolée, tandis que la séreuse vaginale est en connexion avec les éléments du cordon. — D'ailleurs la paroi kystique est aussi beaucoup moins riche en extrémités nerveuses.

Lorsqu'on craint les effets de l'inflammation provoquée par la teinture d'iode, soit à cause de l'âge, soit à cause de la faiblesse du malade, on peut se contenter d'une simple ponction suivie d'une compression méthodique sur les bourses (obs. 4) sauf à recommencer en cas de récîdive, ce qui arrive le plus fréquemment.

OBSERVATION VI. (*Inédite*).

(Service de M. Faucon).

Henri Caron, journalier, âgé de 52 ans, entre le 26 novembre 1881 à l'hôpital Ste.-Eugénie, pour se faire traiter d'une bronchite accompagnée d'emphysème. Le chef du service médical s'étant aperçu qu'il portait une tumeur à la bourse droite, le fit descendre en chirurgie pour se faire opérer.

Interrogé sur sa tumeur, cet homme répond qu'il s'en est aperçu il y a dix-huit mois et qu'elle n'a pas cessé de s'accroître, en se développant de bas en haut et n'occasionnant qu'une sensation de gêne et de pesanteur. Il ne se souvient pas d'avoir reçu de contusion sur les bourses. Pas d'antécédents vénériens.

La tumeur est volumineuse, atteignant environ la grosseur du poing. Sa forme est ovoïde. La pression exercée sur elle ne produit aucune douleur, sauf à la partie inférieure et un peu antérieure où elle détermine une sensation analogue à celle que l'on produit en comprimant le testicule.

La tuméfaction ne présente aucune bosselure; la peau a conservé sa

coloration normale dans sa moitié supérieure, dans sa moitié inférieure elle est d'un rouge un peu foncé.

La fluctuation est assez nette.

La transparence bien qu'assez obscure est néanmoins sensible à la partie supérieure de la tumeur; elle est nulle en bas où se trouve le testicule.

Cette variété spéciale d'hydrocèle, dans laquelle le testicule se trouve non pas à sa place ordinaire, mais à la partie antéro-inférieure de la bourse doit éveiller l'attention; le plus souvent on a alors à faire à une kyste spermatique.

La ponction faite sur le côté gauche de la tumeur où l'on avait nettement perçu la transparence donne issue à un liquide ressemblant à de l'eau de chaux très-diluée. L'examen microscopique y fait découvrir des spermatozoïdes.

Le liquide qui s'était écoulé fut remplacé par 15 grammes d'eau distillée et la plaie fut fermée à l'aide d'un petit morceau de tarlatane imbibée de collodion.

29 Novembre. — Réaction inflammatoire excessivement vive. La bourse gauche est considérablement tuméfiée. Cette tuméfaction se propage sur le trajet du cordon spermatique. La peau est très-rouge, la douleur très-vive.

Cataplasmes et onguent belladonné, la tumeur est maintenue soulevée par des tampons d'ouate.

Au soir, la température est de $38^{\circ}9$.

30 Novembre. — La température est ce matin de $38^{\circ}7$. Le malade n'a pu dormir la nuit. Le gonflement et la rougeur sont toujours les mêmes. La suppuration se fera-t-elle? $T = 39^{\circ}9$.

1er Décembre. — La douleur est moins vive. $T = 38^{\circ}6$.

2 Décembre. — On constate dans l'aîne gauche du côté correspondant à la tumeur, une plaque érysipélateuse, de coloration rouge très-marquée à bords sinueux nettement dessinés, s'étendant à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope et à trois travers de doigt au-dessous de ce ligament, se confondant en-dedans avec la coloration rouge foncé de la peau du scrotum et se terminant sur le bord externe de la cuisse.

Le malade n'a pas accusé de frissons.

Sa température est ce matin de $39^{\circ}2$.

Il est évident que cet érysipèle a pour point de départ la ponction qui a

servi à l'évacuation du liquide de la tumeur.

La tumeur est moins volumineuse, elle est aussi moins douloureuse.
Cataplasmes de fécule phéniquée et onguent belladonné.

La fièvre est combattue par des lavements phéniqués (3 lavements par jour, contenant chacun 1 gr. d'acide phénique).

3 Décembre. — La plaque érysipélateuse n'a pas gagné les parties voisines ; elle est restée stationnaire et sa coloration a pâli.

Le malade accuse un mieux sensible.

5 Décembre. — La plaque érysipélateuse a disparu. La face antérieure de la bourse est toujours un peu molle ; on craint la suppuration $T = 39^{\circ}$

8 Décembre. — La tumeur durcit, les symptômes de l'affection pulmonaire augmentent d'intensité.

11 Décembre. — La tumeur devient tendue et très-dure. Cette induration se prolonge sur le cordon de même que la rougeur de la peau. Du reste l'état général semble se maintenir et le malade accuse une sensation de bien-être.

15 Décembre. — La tumeur a beaucoup diminué de volume. Elle est toujours très-dure mais n'est plus aussi tendue. — La coloration de la peau est toujours la même. — $T = 38^{\circ} 7$.

18 Décembre. — La tumeur se ramollit en même temps qu'elle diminue de volume.

20 Décembre. — Il s'est formé à la partie supérieure de la tumeur, du côté externe un petit orifice par où s'écoule un peu de pus.

Les cataplasmes sont remplacés par de l'ouate phéniquée. — Vin de quinquina.

23 Décembre. — L'écoulement de pus continue ; le volume de la tumeur décroît. — Pas de douleurs.

24 Décembre. — Ce matin après une bonne nuit, le malade est abattu, pâle ; les lèvres sont cyanosées. — La respiration est plus gênée que de coutume, — Il n'accuse point de douleurs. — La température est de $37^{\circ} 5$.

Le pouls est petit, presque imperceptible. --- On lui donne du café (120 gr.) et du cognac (50 gr.) qu'il prend par gorgées.

La prostration s'accroît de plus en plus. --- La mort arrive vers 3 heures 1/2.

Autopsie faite le 26.

1° Poumons. --- Emphysème très-prononcé. --- Les poumons ne s'affaissent pas quand on ouvre la cage thoracique.. --- Ils crépitent sous le doigt, ne s'enfoncent pas sous l'eau. --- Pas de congestion ni d'inflammation.

2° Cœur. --- Les orifices auriculo-ventriculaires ne sont ni rétrécis, ni insuffisants, il en est de même des orifices artériels. --- Les valvules sont saines. --- Le cœur droit est dilaté, ses parois sont infiltrées de graisse et sont plus minces qu'à l'état normal.

3° Foie. --- Très volumineux. Présente tous les caractères du *foie gras*.

4° Tumeur testiculaire. — Le kyste a encore le volume d'une noix. Son point d'implantation est normal, c'est-à-dire au-dessous de la tête de l'épididyme.

Le scrotum est le siège d'un abcès sous-cutané très étendu se prolongeant même jusqu'à la paroi antérieure de la bourse gauche.

Cette observation est très instructive en ce qu'elle fournit un exemple ajouté à tant d'autres, de l'influence de l'état général du malade sur la marche et les conséquences des traumatismes; quelque légers qu'ils soient.

Rien de plus bénin certainement comme intervention chirurgicale qu'une simple ponction scrotale suivie d'une injection d'eau distillée, et l'on ne pouvait en prévoir les suites fâcheuses. Les lésions pulmonaires bien qu'assez avancées n'offraient rien de très-inquiétant; en outre la région scrotale ne présentait rien de particulier, qui pût annoncer ce qui allait arriver.

L'examen nécropsique pouvait seul révéler la déchéance profonde de l'organisme, déchéance qui a été sans contredit la cause première de la mort du malade.

Si l'on songe en outre que la région scrotale est particulièrement prédisposée à l'érysipèle phlegmoneux en raison de la grande délicatesse de la peau et de l'abondance du tissu cellulaire sous-cutané, on ne sera pas étonné des conséquences fâcheuses de l'intervention.

Il est presque inutile de faire remarquer que le mauvais état du malade, après avoir provoqué de si graves accidents, a précipité le dénouement et rendu inutiles tous les moyens de traitement. Les mêmes accidents survenus chez un individu d'une santé générale satisfaisante, auraient été combattus avec de grandes chances de succès.

Il faut conclure de ce fait que toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une affection bénigne des bourses, comme l'hydrocèle spermatique on devra se préoccuper d'une façon toute particulière de l'état général du sujet avant de songer à une intervention, quelque bénigne que celle-ci puisse paraître au premier abord.



QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la digestion.

Physiologie. — De l'effort.

Chimie. — Préparation et propriétés des sulfures de potassium, de calcium, de fer, d'antimoine (kermès) et de mercure.

Histoire naturelle. — Des inflorescences. Comment les divise-t-on ? quelle est leur valeur pour la détermination des genres et des espèces ?

Pathologie externe. — Des abcès du cou et de leur traitement.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur.

Pathologie générale. — Du rôle des nerfs vaso-moteurs dans les maladies.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont les cantharides pour base.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Médecine opératoire. — De la suture de l'intestin.

Thérapeutique. — De la médication altérante et de ses principaux agents.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Rigidité cadavérique, phénomène de la putréfaction modifiée, selon les milieux, le genre de mort, l'âge et diverses circonstances.

Accouchement. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu : le président de la thèse,
GUYON.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. GRÉARD.

